

**Advies nr. 68 van 14 november 2016  
betreffende de leeftijdsgrens voor  
medisch geassisteerde voortplanting**

## Adviesvraag

Volgende vraag werd gesteld door mevrouw Maggie De Block, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, in een brief gedateerd op 31 maart 2016:

*'In december 2013 bracht het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek een advies uit over de ethische aspecten van het zogenaamde age banking, het invriezen van eicellen om leeftijdsgebonden infertiliteit te voorkomen.*

*Daarbij ging het Comité uit van de leeftijdsgrenzen voor vruchtbaarheidsbehandelingen die momenteel in ons land gelden krachtens art.4 van de Wet van 6 juli 2007 houdende de medische begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten. De ethische vragen die rijzen bij een eventueel verhogen van deze leeftijdslimieten werden in dit advies niet tegen het licht gehouden.*

*In Nederland wordt onderzocht of een verhoging van de leeftijdsgrens tot 50 jaar wenselijk is. Medisch lijkt er geen sterke contra-indicatie te bestaan om behandelingen in het kader van medisch begeleide voortplanting na de leeftijd van 47 jaar te laten plaatsvinden. Maar de ethische vraag of wij moeten faciliteren dat vrouwen op nog meer gevorderde leeftijd moeder worden is daarmee niet beantwoord.*

*Mag ik u vragen om binnen een termijn van één jaar na ontvangst van deze brief het vermelde advies nr. 57 te actualiseren en uit te breiden tot de vraag: is het vanuit ethisch oogpunt aanvaardbaar om de leeftijdsgrens voor vruchtbaarheidsbehandelingen te verhogen? Daarbij moet onder meer rekening gehouden worden met de psychosociale gevolgen voor de kinderen geboren uit moeders op gevorderde leeftijd.'*

Deze vraag werd ontvankelijk verklaard op de plenaire vergadering van 18 april 2016. De vergadering ging akkoord met het voorstel van het Bureau om enkele leden te belasten met het opstellen van een antwoord op deze precieze vraag van beperkte draagwijdte.

## Advies

Het Comité acht het niet aangewezen om zijn advies nr. 57 over leeftijdsgebonden infertiliteit<sup>1</sup> aan te passen omdat dat advies over een indicatiestelling ging terwijl de huidige vraag van de minister over leeftijdsgrenzen gaat. Slechts een deel van de mensen die met een leeftijdsgrens worden geconfronteerd zijn vrouwen die hun eicellen invriezen omwille van leeftijd en een aantal vrouwen die geen eicellen hebben ingevroren zullen tegen een leeftijdsgrens aankijken.

Door de afnemende vruchtbaarheid van de vrouw is een IVF-behandeling met eigen verse eicellen boven een bepaalde leeftijd niet meer aangewezen omwille van de lage slaagkans. Terugbetaling van een IVF-cyclus is trouwens om die reden ook maar tot de leeftijd van 43 voorzien. De recente Nederlandse beslissing om de leeftijdsgrens op te trekken tot 50 jaar, ging overigens niet gepaard met een optrekking van de leeftijd voor terugbetaling. Dit is trouwens zowel in België als in Nederland niet erg consistent aangezien vrouwen boven 43 die donoreicellen gebruiken geen lagere slaagkans hebben. Terugplaatsing van embryo's kan in België tot de leeftijd van 47 volgens de wet op de medisch geassisteerde voortplanting<sup>2</sup>. Dit wordt door het College van Geneesheren Reproductieve Geneeskunde geïnterpreteerd als 47 jaar plus 364 dagen. Drie groepen vrouwen zouden een behandeling kunnen wensen boven de huidige maximumleeftijd van 47: 1) vrouwen die op jongere leeftijd eicellen hebben ingevroren (wettelijk gezien ten laatste voor de 46ste verjaardag), 2) vrouwen die embryo's hebben ingevroren in het kader van een vroegere IVF-behandeling, en 3) vrouwen die een beroep doen op donoreicellen.

Het is weinig waarschijnlijk dat het optrekken van de leeftijdsgrens van de huidige 47 jaar naar 50 jaar een significant verschil zal maken voor de risico's op medisch en psychosociaal vlak. Dit is mogelijk wel het geval indien men een aanzienlijk hogere leeftijdsgrens wil invoeren (tot 55 of 60 jaar).

Er is nauwelijks informatie beschikbaar over de psychosociale gevolgen van laattijdig moederschap voor het gezin, de vrouw, de man en het kind. De enige studie over de gevolgen voor het welzijn van het kind is van Boivin et al. (2009) die werd vermeld in het advies nr.57. Er is overigens evenmin informatie bekend over de psychosociale gevolgen van laattijdig vaderschap. Een aantal elementen kan op onrechtstreekse wijze een indicatie vormen voor de effecten op het welzijn van het kind. De mogelijkheid van overlijden van een ouder gedurende

---

<sup>1</sup> Advies nr.57 van 16 december 2013 over de ethische aspecten van het invriezen van eicellen om leeftijdsgebonden infertiliteit te voorkomen.

<http://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-57-social-freezing>

<sup>2</sup> Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten (BS 17/07/2007, p. 38575).

de kindertijd van het kind is hierbij wellicht het belangrijkste. Hiervan is geweten dat dit erg traumatische gevolgen kan hebben voor het kind (Rostila & Saarele, 2011). Die kans is echter erg klein gezien de gemiddelde levensverwachting van vrouwen in België (zie verder). Andere elementen zoals de opvoedingsstijl, het hogere inkomen en de geringere echtscheidingsgraad, zouden onrechtstreeks dan weer een positief effect kunnen hebben op de kinderen. De meeste studies beschouwen echter vrouwen vanaf de leeftijd van 35 als oudere moeders. Er is niet bekend of deze algemene conclusie nog steeds zou gelden voor vrouwen die een kind krijgen wanneer ze 45 of ouder zijn.

Een aansluitend gegeven is de normatieve invulling van het ouderschap: wat wordt er van een ouder verwacht? Meerdere opvattingen kunnen hier worden onderscheiden. Indien men ervan uitgaat dat een beleid moet worden gebaseerd op een redelijke invulling van de taak van een ouder kan men argumenteren dat een ouder zijn of haar kind zou moeten kunnen bijstaan tot het volwassen is. De maximumleeftijd waarop een persoon nog kan verwachten met een redelijke zekerheid zich van die taak te kwijten is dan de gemiddelde levensverwachting min 18 jaar (Pennings, 1995). Terloops, dit criterium zou dan ook van toepassing moeten zijn op andere groepen vrouwen die ook een beperkte levensverwachting hebben. De levensverwachting van vrouwen in België ligt op 83,5 jaar. Om het ouderschap te kunnen uitvoeren, moet men evenwel ook over een minimum aantal vaardigheden beschikken. We zouden daarom kunnen vertrekken van de “gezonde levensverwachting” in plaats van de levensverwachting op zich. Die maatstaf ligt voor vrouwen rond 76. Een vrouw van 65 kan in België verwachten nog 11 gezonde levensjaren te hebben zonder beperking van de activiteiten (EHLEIS, 2015). 76 jaar min 18 jaar is 58. Gezond zijn is geen garantie dat men ook nog de vermogens bezit om een kind op te voeden, maar dat geldt ook voor talloze andere ouders die eigenschappen bezitten (zoals arm zijn, obees, ...) die ook op jongere leeftijd een negatief effect kunnen hebben op die vermogens.

Een andere normatieve invulling kan zijn dat men verwacht dat een goede ouder de plicht heeft tot het onderhoud en de opvoeding van zijn of haar kind ook na de meerderjarigheid en tot aan de voltooiing van de opleiding. In dat geval moet een gemiddelde levensverwachting van vermoedelijk 25 jaar worden in rekening gebracht.

Bij dergelijke berekeningen gaat men ervan uit dat er maar één ouder is. De meeste kinderen worden echter geboren in een gezin met twee ouders. Het is dan ook verdedigbaar om naar de levensverwachting van beide ouders te kijken om een beslissing te nemen over de aanvaardbaarheid van een leeftijdsgrens.

Er is geen informatie beschikbaar over de mening van de patiënten over de leeftijdsgrens. Het aantal behandelingen boven de leeftijd van 43 is erg beperkt, maar dit kan ook te wijten zijn aan de huidige wetgeving. In het BELRAP-rapport van 2015 (cijfers van 2013) vinden we dat er 272 transfers gebeurden bij vrouwen boven 43 met eigen eicellen en 187 transfers met donoreicellen (137 vers en 50 ingevroren). Dit komt neer op ongeveer 500 patiënten van de 18.000 (2,7%) die dat jaar een IVF/ICSI behandeling ondergingen. Vermoedelijk zullen er relatief weinig kandidaten zijn boven de leeftijd van 50. Uit het onderzoek van Stoop et al. (2015) bleek dat de vrouwen die eicellen invroren voor leeftijdgebonden infertiliteit aangeven dat de maximumleeftijd om zwanger te worden voor hen ongeveer op 44 jaar ligt. Dit is dus ruim beneden de huidige maximumgrens. Een bevraging van de medewerkers van fertiliteitscentra (N=186) toont dat 9 op 10 respondenten het eens waren met de leeftijdsgrens zoals vastgelegd in de wet op de medisch begeleide voortplanting van 2007 (Vanhaecke et al., 2010).

## **Besluit**

Het Comité ziet geen doorslaggevende ethische bezwaren tegen de verhoging van de maximumleeftijd tot 50 jaar. Enerzijds is het verschil met de huidige leeftijdsgrens relatief gering en niet doorslaggevend. Anderzijds worden de medische risico's groter naarmate men ouder wordt en nemen de algemene vaardigheden van mensen af. Het is met andere woorden niet ideaal of aan te moedigen, maar dat betekent niet dat het niet kan worden toegelaten. Feit blijft dat men zich kan afvragen of en in welke mate onze maatschappij vrouwen een echte kans geeft hun professionele en persoonlijke plannen optimaal te realiseren voor een redelijke leeftijdsgrens. Het Comité verwijst derhalve naar de laatste aanbeveling van zijn eerder geciteerde advies nr. 57 van 16 december 2013 waarin het reeds benadrukte hoe belangrijk het is beleidsmaatregelen te nemen die erop gericht zijn obstakels weg te nemen zodat mannen en vrouwen die het wensen hun kinderwens kunnen vervullen op de leeftijd waarop zij dit willen.

\*\*\*

## Referenties

Boivin, J., Rice, F., Hay, D. A., Harold, G., Lewis, A., Van den Bree, M. M. B. & Thapar, A. (2009) Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive. *Social Science and Medicine*, 68: 1948-1955.

EHLEIS (2015) Health expectancy in Belgium  
[http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports\\_Issue9/Belgium\\_Issue%209.pdf](http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9/Belgium_Issue%209.pdf)

Pennings, G. (1995) Age and assisted reproduction. *Medicine and Law*, 17 (7/8): 531-541.

Rostila M, Saarela J (2011) Time does not heal all wounds. Mortality following the death of a parent. *J Marriage Fam* 73:236-249

Stoop, D., Maes, E., Polyzos, N. P., Verheyen, G., Tournaye, H. & Nekkebroeck, J. (2015) Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choices? A follow-up of bankers and non-bankers. *Human Reproduction*, 30 (2): 338-344.

Vanhaecke, M., Provoost, V. & Pennings, G. (2010) Attitudes van medewerkers van fertiliteitscentra ten aanzien van de Belgische wet betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (22): 1076-1086.

\*\*\*

### Dit advies werd voorbereid door:

- Martine Dumont
- Nicole Gallus
- Guido Pennings
- Robert Rubens
- Paul Schotsmans, lid van het Bureau

**Lid van het secretariaat** : Monique Bosson

De documenten betreffende de voorbereiding van dit advies worden bewaard op het documentatiecentrum van het Comité en kunnen aldaar worden geraadpleegd.

Dit advies kan worden geraadpleegd op: [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)